**SABA Alarmering M e d i s c h e i n d i c a t i e aanvraag personenalarmering**

**SABA Gebruikernummer.** :

****

**Naam**  :

**Adres**  :

**Pc. Woonplaats** :

**Telefoon** :

**Geb. datum** :

**Inschrijf datum** :

**Verzekering**  :

**Bijzonderheden** :

 **Email contactpersoon / gebruiker** :

Medische diagnose:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ Alzheimer  | ☐ CVA  | ☐ Gebruik el. rolstoel  | ☐ Parkinson  |
| ☐ Aneurysma  | ☐ Diabetes  | ☐ Hernia / LSRS  | ☐ Peroneusuitval  |
| ☐ Arthrose  | ☐ Epilepsie  | ☐ Morbus Kahler  | ☐ Terminale patiënt  |
| ☐ COPD  | ☐ Gebruik traplift  | ☐ Oesophagusvarices  | ☐ TIA  |
| ☐ Anders |  |  |  |

Grondslag van de aanvraag voor personenalarmering als hulpmiddel:

Betrokkene is op zich ADL zelfredzaam maar thans is er sprake van verhoogd risico in samenhang met boven vermelde medische diagnose.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Er bestaat een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische en/of technische hulp van buitenaf op te kunnen roepen:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| De alarmeringsapparatuur maakt het mogelijk zelfstandig te (blijven) wonen:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| Betrokkene is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| Betrokkene kan alarmeringsapparatuur bedienen:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| Betrokkene kan in noodsituatie zelfstandig de telefoon bedienen:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| Personenalarmering is naar verwachting tijdelijk (korter dan 1 jaar) nodig:  | ☐ JA  | ☐ NEE |
| Personenalarmering is naar verwachting langdurig (langer dan 1 jaar) nodig:  | ☐ JA  | ☐ NEE |

**Naam huisarts (huisartsenpraktijk):**

Handtekening Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dit formulier mailen of sturen aan SABA Alarmering. e-mail: info@sabaalarm.nl

*(Deze gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt, voor de ziektekostenverzekering van het persoonsalarm)*